

# **AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO** (Art. 31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nº DO PROCESSO: 0805183-66.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: DENISE ARAUJO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DIBS COUTINHO RODRIGUES CPF: 072.723.414-59, DENISE ARAUJO DA SILVA CPF: 009.675.294-76,

THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO CPF: 008.201.034-03

Nome: DENISE ARAUJO DA SILVA

Endereço: R FRANCISCO EDUARDO ROLIM, 77, apt 201, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58057-404

## **Avaliação Médica**

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Ombro direito

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

fratura do úmero proximal - Tratamento conservador. Realizou sessões de fisioterapia.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias  
b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

limite grave da mobilidade do ombro direito. Dor articular.

Desconforto e restrição com sobrecargas.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

ausência de atrofia muscular no membro superior direito.

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is)

acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial

(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

Dr. Tiago Silveira Oliveira  
MÉDICO  
CRM-PB 12295  
SAÚDE SEQ

Dr. Rosana Duarte de Paiva  
Médica - CRM 4163-PB/CEMEPE 19414  
CPF: 587.738.514-34

Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 8.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatómico

Marque aqui o percentual

|          |                      |                                       |                                   |                                    |                                                 |
|----------|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1ª Lesão | <u>OMBRO DIREITO</u> | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2ª Lesão |                      | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa            |
| 3ª Lesão |                      | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa            |
| 4ª Lesão |                      | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa            |

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

NEGA TRAUMA PRÉVIO EM OMBRO  
DIREITO.

Local e data da realização do exame médico:

J. Pessoa, 14, 08, 2013

Assinatura do médico:

Dr. Rosana B. Duarte de Paiva  
Médica - CRM 4163-PB CREMESP 19414  
CPF: 587.738.514-34

Dr. Tiago Silveira Oliveira  
MÉDICO  
CRM-PB 12295  
SOUDE SEG